

저-비용 혹은 무료
의료보험
워싱턴 주의 아동 혹은 십대용



1-877-KIDS-NOW
무료전화 (1-877-543-7669)

월요일에서 금요일(오전 8시~오후 5시)까지 대기하고 있는 교환수의 도움을 받으시거나 지금 신청서를 우편으로 부치십시오!
또한 저희 웹사이트 <http://healthykidsnow.net>를 방문하여 정보를 입수하실 수 있습니다.
워싱턴주 보건사회부 DSHS 22-394(x) KO (Rev. 7/05)



! 19세 미만의 수천명의 아동들이 이용할 수 있습니다.

건강보험 프로그램들은 다양하며, 여러 가구들의 아동과 십대들에게 보험 혜택이 주어집니다.

- 편부/모 슬하에 있는 아동
- 양친이 있는 아동
- 근로 부/모의 아동
- 19세 미만의 자활하는 성인
- 조부/모, 기타 가족이나 일가와 거주하는 아동

또한 기존 건강문제가 있는 아동들도 자격이 있습니다.

? 보험혜택으로 제공되는 서비스에는 어떤 것이 있습니까?

건강보험 프로그램들은 모든 어린이들이 건강을 유지하는 데 필요한 서비스를 종합적으로 제공합니다. 먼저, 자녀에게 자격이 있으면, 더 자세한 보험 이용 방법을 제공해 드릴 것입니다. 보험혜택에 포함되는 몇몇 서비스들은 다음과 같습니다.

- 의사 및 간호사 방문
- 병원 및 응급실 이용
- 치과
- 처방전
- 건강진단 및 예방접종
- 안경 및 보청기
- 물리치료 및 언어 요법
- 가족계획
- 의사실 왕래를 위한 교통편
- 카운슬링 및 기타 서비스!

? 아이들의 보험 자격 여부는 어떻게 알 수 있습니까?

자격 여부를 알 수 있는 방법은 간단하며, 수많은 근로 가족들이 이용하고 있습니다. 자격 여부에는 가족의 소득, 가족 수(태아도 가족 수에 포함시킴), 가족의 일부 월지출비 등을 검토합니다. 자녀(들)에게 자격이 있는지를 알아 보려면 다음 간단한 스텝들을 따라 한 후 월소득을 나와 있는 차트와 비교해 보시기 바랍니다.

스텝 1 가족의 월소득을

1 기입하십시오(세금 공제 전)

\$ _____

- 직장과 관련하여 월별로 지불하고 있는 탁아비나 성인 보호비 등을 공제합니다.
- 법원 명령으로 비 동거 자녀를 위해 지불하고 있는 양육비를 공제합니다.
- 가족 구성원 중 각 근로 성인에 대해 \$90을 공제합니다.

스텝 2 수혜 자격이 되는지 비교해

2 보십시오.

월 가족소득이 차트에 나와 있는 금액과 비슷할 경우, 자녀는 저 비용 혹은 무료 의료보험을 수혜할 수 있습니다!

아래의 소득보다 소득이 더 높은 많은 사람들의 경우도 의료보험 수혜 자격을 획득하고 있습니다. 가족의 소득이 차트에 나와 있는 소득에 비해 높을 경우 **1-877-KIDS-NOW**로 전화해 더 자세한 정보를 알아보십시오.

가족 인원 수 (부모와 자녀 포함)	월소득(근사치) (제 1단계에서 공제 후의 금액)
1	\$1,994까지
2	\$2,673까지
3	\$3,353까지
4	\$4,032까지
5	\$4,711까지
그 이상	가족 인원당 \$680를 더함

소득 기준 유효기간은 2006년 3월 31일까지입니다. 이 소득 차트는 19세 미만의 아동 건강 보험에만 적용되는 소득기준입니다. 가족과 임산부는 자격 요건 기준이 다른 기타 프로그램들 이용할 수 있습니다. 더 자세한 내용은 **1-877-KIDS-NOW**로 전화해 문의하십시오.

! 신청방법은 간단합니다!

1. 이 책자에 첨부된 신청서를 작성합니다.
2. 신청서 페이지를 이 책자에서 떼어 냅니다.
3. 그 다음 신청서에 있는 봉투를 떼어 냅니다.
4. 신청서에 소득 증빙서류 사본을 첨부합니다. 증빙서류로 다음을 이용하실 수 있습니다.
 - 가장 최근의 것으로 30일간의 급여명세서
 - 자영업 내역서 혹은
 - 총 월급 액수가 적힌 고용주의 서신
5. 신청서를 접어 봉투에 넣습니다.
6. 우체통에 넣습니다! 우표를 붙일 필요는 없습니다.

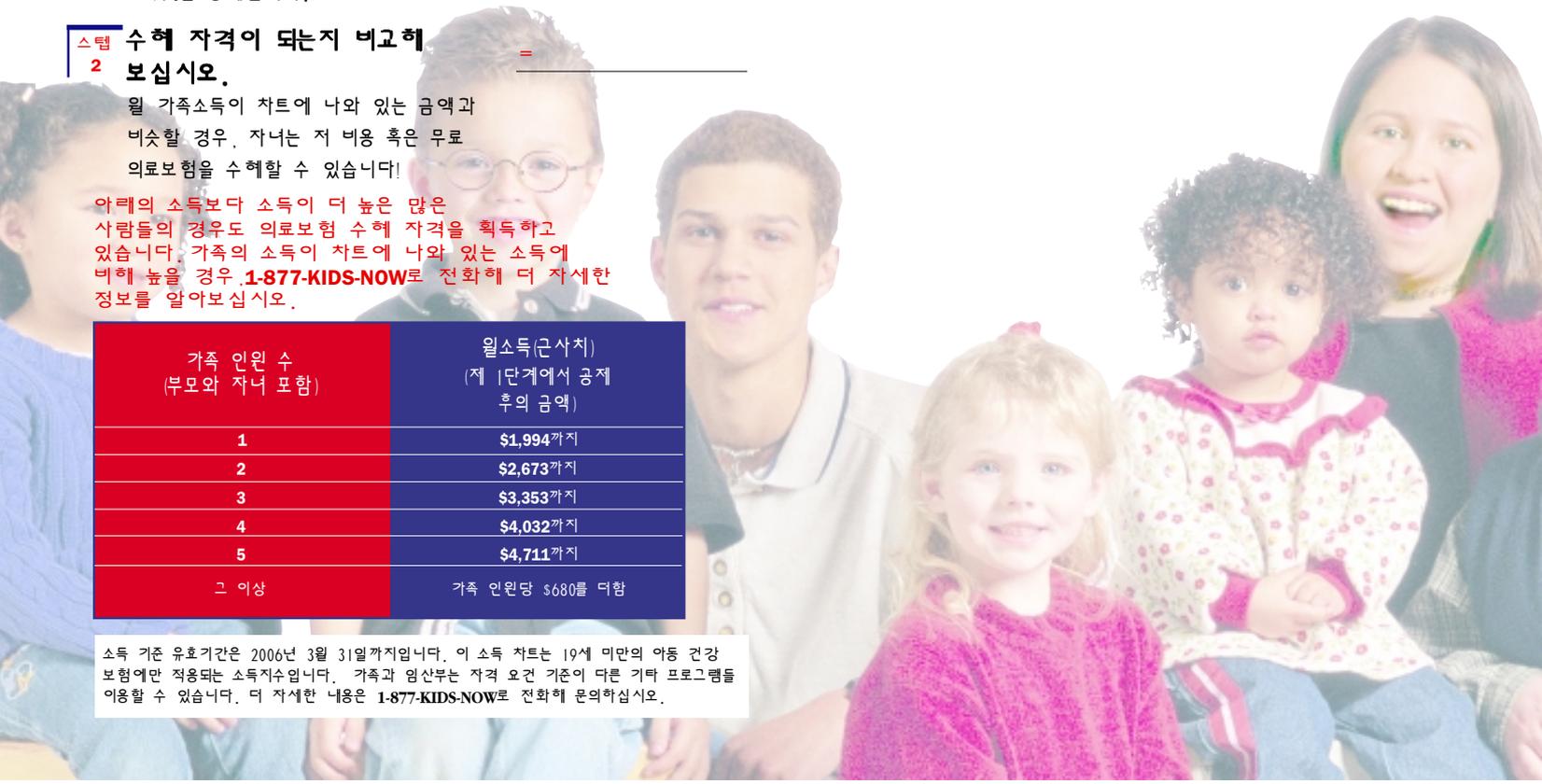
? 저 아이들이 보험혜택을 얼마나 신속히 받을 수 있습니까?

- 아동(들)을 위한 무료 의료보험을 먼저 고려합니다.
- 아동(들)에 대한 의료보험 자격 승인은 신청서를 접수한 그 달의 첫째일부터 유효하게 됩니다!
- 자녀에 대한 자격 여부는 6주 이내로 알려 드립니다.
- 자녀에 대한 건강보험 수혜자격이 승인되면 곧 바로 보험혜택을 받을 수 있습니다.
- 신청서 업무를 신속히 처리할 수 있도록 반드시 완전히 작성된 신청서를 제출해 주시기 바랍니다.
- 아동(들)에 대한 의료보험 갱신을 위해 6개월마다 신청서를 송달해 드립니다.

! 워싱턴 주의 아동을 위한 우수 의료보험 프로그램

Medicaid 및 CHIP

- 저-비용 혹은 무료 의료보험
- 아동(들)을 위해 무료 의료보험을 먼저 고려합니다.
- 보험료는 매달 청구됩니다.
- 자녀가 4명 이상이라 할지라도 단지 3명에 대한 보험료만 지불합니다.
- 일부 아동은 밀린 지난 3개월간의 의료비 지원을 받을 수도 있습니다.





아동 의료혜택 신청서



이 신청서는 아동과 19세 미만의 심대를 위한 의료혜택 신청서입니다. 누구든지 아동을 대신해 본 신청서를 신청할 수 있으며, 아동 자신 스스로 신청할 수도 있습니다. **추후 정보는 제 1 내로만 기재된 사람에게 우선해 드릴 것입니다.** 질문이 있으시거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하시면 1-877-543-7669로 전화하십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다!

연필이 아닌 검정 혹은 파란색 펜으로 인쇄체로 기입하십시오. (추후 정보를 받을 부모, 보호자 혹은 연락처)

1 이름	가운데 이름 첫글자		성
2 거주지 주소	도로명	시	주 우편번호
3 우편물 우송 주소(상기와 다를 경우)	도로명	시	주 우편번호
4 전화번호	5 영어를 구사하고 읽고 쓰는 데 어려움이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		
자택 ()	원하시는 언어나 서류 형식(예: 점자, 대형인쇄판)을 기재하십시오. _____		
직장 ()	통역관이 필요하십니까? ("예"라면 통역관을 통해 도와드리게 됩니다.) 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		
메시지 ()	사용 언어를 기입하십시오. _____		
6 19세 미만의 자녀로서 진료/치료를 즉시 필요로 하는 아동이 있습니까?		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	
가족 중에서 임신한 사람이 있습니까?		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	
"예"라면 임신부의 이름을 기재하십시오. _____			

신상정보

7 동거 가족명을 기입하십시오. (가족 인원을 기재할 여백이 더 필요할 경우 용지를 추가하십시오.)

성명 (이름, 가운데 이름, 성)	신청자와의 관계	생년월일 (월/일/년)	소셜시큐리티 번호 * = 공개 의무는 없음	성별 남/여	미시민권 소지 여부 예 아니오	시민권자가 아닌 자녀일 경우 아래를 완성하십시오.		
A. 부/모, 보호자 혹은 신청자 본인			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	자녀의 신분상태를 입증할 수 있는 서류가 있습니까?	자녀의 미국 입국 일자를 기재하십시오.	자녀에게 신분 보증인이 있습니까?
B. 배우자 혹은 상기에 기재되지 않은 한 쪽 부/모(자택에 살고 있을 경우)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	예 아니오		예 아니오
C. (의료혜택을 원하는) 19세 미만의 자녀를 기재하십시오.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. 동거인이지만(의료혜택을 원하지 않는) 성인이나 자녀가 있으면 기재하십시오.			*			주: 자녀의 신분을 입증할 수 있는 서류를 첨부하십시오.		
			*					

8 자택에 거주하는 19세 미만의 자녀로서 장애인이 있습니까? 예 아니오
"예"라면 해당 자녀의 성명을 기재하십시오. _____

지출 비용 이 정보는 자녀의 의료혜택 자격에 도움을 줄 수 있습니다.

9 직장에 나가는 동안 지불하는 탁아비가 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	"예"라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____
직장에 나가는 동안 장애 성인을 위해 지불하는 비용이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	"예"라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____
10 동거 중이 아닌 자녀를 위해 법원 명령으로 지불하는 양육비가 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	"예"라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____

소득 총소득을 기재하십시오.(세금 혹은 비용 공제 전)

(지난 30일간 소득에 대한 증빙서류를 첨부하십시오)

11 부/모의 직장명과 전화번호 ()	기타 가족 구성원의 소득	지난 30일간의 수령 금액	이 소득의 주인
12 지난 30일간의 총소득(세금 혹은 비용 공제 전)을 기입하십시오. \$ _____ 이 소득 중 자영업으로 벌인 소득은 얼마입니까? * \$ _____	15 자녀 양육비	\$ _____	
13 배우자 혹은 상기에 기재하지 않은 부/모(동거할 경우)의 직장명과 전화번호 ()	16 별거수당	\$ _____	
14 지난 30일간의 배우자(혹은 자택에 살고 있는 부/모)의 총소득(세금 혹은 비용 공제 전)을 기입하십시오. \$ _____ 이 소득 중 자영업으로 벌인 소득은 얼마입니까? * \$ _____	17 사회보장금	\$ _____	
*신청자나 신청자의 배우자(자택에 살고 있는 한 쪽 부/모)가 자영업을 하고 있을 경우, 기타 공제금이 받을 수 있습니다. 더 자세한 내용이나 신청서 작성에 도움이 필요하시면 1-877-KIDS-NOW로 전화하십시오.	18 실직수당	\$ _____	
	19 투자수입/이자/배당금	\$ _____	
	20 재향군인수당	\$ _____	
	21 산업재해수당	\$ _____	
	22 군인수당	\$ _____	
	23 기타수당(설명 요)	\$ _____	
	24 의료혜택을 신청하는 아동에 대해 지난 3개월간의 밀린 의료비가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		

*'예'일 경우, 당국이 검토해 주길 원하는 달들(months)에 대해 가족 전 구성원의 소득 명세서 사본을 송부해 주십시오.

의료보험 정보 자녀(들)에게 이미 다른 의료보험이 있을 경우 기재하십시오.

25 A 신청 아동 중에 다른 의료보험을 갖고 있는 자녀가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	25 B '예'라면 해당 의료보험으로 의사, 병원, x-레이(방사선과), 실험실 등을 의료혜택으로 받을 수 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	26 A 귀자녀는 지난 4개월 내에 직장의료보험으로 의료혜택을 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	26 B '예'일 경우, 부양 가족에 대한 월보형료는 50달러 미만이었습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
27 위의 질문 중에서 '예'라고 답한 항(25 a, b 혹은 26 a, b)이 있으면 아동이 이용하는 해당 의료보험명이나 아동의 의료보험을 제공하는 직장명(고용주)을 기재하십시오.			
의료보험회사 혹은 고용주	의료보험 약관 번호	의료보험가입자명	의료보험 가입자의 소셜시큐리티 번호 (공개 의무는 없음)

아동의 인종/민족 배경 (정보 제공 의무는 없음)

문제가 되지 않으면 자신해서 귀자녀의 인종 혹은 민족 배경을 알려 주시길 부탁드립니다. 이 정보는 의료혜택 자격 여부 파악에 사용되지는 않습니다.	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 혹은 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 혹은 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 히스패닉 혹은 라티노계 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 혹은 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 기타 _____
보건사회부에서 관할하는 모든 프로그램과 활동에 차별대우는 금지되어 있습니다. 아무도 해당인의 인종, 피부색, 신념, 정치적신념, 국적, 종교, 연령, 성별 혹은 장애 여부로 인해 이들 프로그램과 활동에 배제되어서는 아니됩니다.	

주의해서 읽은 후 서명하십시오

이 신청서는 아동 의료혜택 신청서입니다. 가족 구성원 중에서 보조금, 기본식품 혹은 기타 혜택을 이미 받고 있거나 신청할 것 원하는 사람은 지역의 보사부(DSHS) 사무처(CSO)로 연락하십시오.

- 귀하에게 자격이 있을 경우, DSHS에서는 제공된 정보에 대한 입증 서류를 요구할 수 있습니다. 입증서류 입수에 대한 도움은 DSHS로 문의하십시오.
- 귀하에 대한 정보는 다른 주나 연방 기관에서 검토할 수 있습니다. 이 정보는 이민귀화국(INS)에 공개되지는 않습니다.
- 의료혜택을 신청하고 가입될 경우, 모든 의료지원 및 제 삼자 의료비 지불 등에 대한 귀하의 권리를 위싱턴 주정부에게 양도함을 의미합니다.
- DSHS에서는 귀자녀의 예방접종 기록부를 Child Profile Immunization Tracking System(아동예방접종 추적확인 제도)에 공개할 수 있습니다.

선서와 서명 본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽었으며 이를 이해하였습니다. 본인은 위증시 처벌을 받는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보는 본인이 아는 바로는 진실하며, 정확하게 완성되었음을 선언합니다.	신청자의 서명 X _____ 날짜 _____
--	---------------------------------

신청서 제출 방법

우편:  Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	전화:  도움이 필요하거나 질문이 있으시면 아래로 전화하십시오. 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
---	--

이 신청서는 의료보험 수혜를 위한 신청서입니다.
다른 혜택(예: 기본식품)을 신청하길 원하시면 1-877-KIDS-NOW로 연락하십시오.



- 가장 최근의 것으로 지난 30일 간 소득에 대한 증빙서류를 첨부하셨습니까?
- 신청서에 서명하셨습니까?
- 의료혜택을 신청할 자녀들의 소셜시큐리티 번호를 다 기입하셨습니까?
- 해당 자녀(들)가 미시민권자가 아닐 경우, 그들에 관한 입증서류를 첨부하셨습니까?

신청서의 신속한 업무 처리를 위해 반드시 신청서를 완성히 보내주시기 바랍니다.